

СПЕЦИФИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПРЕБЫВАЮЩИХ В СТАЦИОНАРЕ БЕЗ РОДИТЕЛЕЙ

О.Е. Аксенова

Республика Беларусь, г. Минск, БГПУ

Очень тяжелыми для ребенка любого возраста являются первые дни пребывания в стационаре. Понимание, что он болен чем-то серьезным (особенно у детей школьного возраста), страх перед обследованиями, усиливающийся при общении со сверстниками, которые длительное время находятся в клинике и хорошо осведомлены о лечебных и диагностических методах являются одним из факторов, оказывающих влияние на психологическое состояние ребенка. Смена привычной для ребенка домашней обстановки на больничную, разлука с родителями, друзьями накладывают отпечаток на поведение больного ребенка. [7, с. 113] М.А. Белик и Е.И. Моисеенко систематизируют проблемы, которые могут возникать у детей, длительно находящихся в стационаре: «Психологические проблемы у [...] больных детей, могут включать следующие аспекты: 1) психические расстройства, связанные с течением соматического заболевания; 2) влияние болезни на психическое развитие ребенка; 3) влияние стрессов на развитие заболевания; 4) влияние хронически больного ребенка на психологический климат семьи и влияние семьи на состояние больного ребенка». [6, с. 25] И важным фактором формирования и развития названных проблем, как установлено, является эффективность процесса адаптации ребенка к условиям лечения. [7, с. 110] А важную роль в процессе адаптации ребенка играют в свою очередь психические факторы, которые ученые объединяют в феномен внутренней картины болезни.

Между тем, феномен внутренней картины болезни как конгломерата психических факторов адаптации на сегодняшний день является относительно мало изученным в силу своей относительной новизны для психологической науки. Данный термин введен в науку Р.А. Пуриной только лишь в 1977 году. [17, с. 29]

Проблема же специфики внутренней картины болезни у детей, находящихся в стационаре, как фактора адаптации ребенка, вообще практически не изучена.

Целью исследования было изучение специфики психической адаптации детей, пребывающих в стационаре без родителей.

На первом этапе проводимого анализа нами было проведено теоретическое изучение проблемы адаптации в ее историческом контексте. Было установлено, что адаптацию как таковую на современном уровне развития науки следует понимать как процессы сохранения гомеостаза, происходящие в ходе взаимодействия организма с внешним миром. При этом гомеостаз есть постоянство внутренней среды организма, поддерживаемое на основе функционирования механизмов обратной связи. При этом у человека выделяют три базовых уровня адаптационных процессов: физиологический, психический и социальный, ключевым из которых является психический.

На втором этапе проводимого анализа нами было проведено исследование феномена психической адаптации как компонента адаптационных процессов. На этом этапе нами были сделаны следующие выводы. Если скорого гомеостатические процессы функционируют на основе обратной связи, то психическую адаптацию мы должны рассматривать как систему, количество компонентов, связей и свойств которой неограниченно велико. Моделирование этой системы в принципе возможно только на основе выделения из нее значимых для целей исследования компонентов. И таковыми в данном случае, очевидно, являются наличие у ребенка болезни и отсутствие у него в данный момент близости родителей. Поэтому для моделирования специфики психической адаптации ребенка, пребывающего в стационаре без родителей, мы прибегли к изучению феноменов детско-родительских отношений и внутренней картины болезни (ВКБ). Анализ истории исследования феномена детско-родительских отношений позволил утверждать, что на сегодняшний день в научном мире представлены две основные традиции его понимания: психоаналитическая и системная. Мы в нашем исследовании опирались на выводы, сделанные в ходе психоаналитических исследований проблемы, а именно – на наиболее популярную в психоанализе теорию детско-родительских отношений, моделирующую их через привязанность как такое отношение к себе и к близкому взрослому, которое дает чувство защищенности и безопасности.

Такой подход был осуществлен на основании выводов, полученных на следующем этапе анализа проблемы – на этапе изучения феномена внутренней картины болезни. На основании этого этапа анализа проблемы мы получили возможность утверждать, что методология традиционной медицины столкнулась на определенном этапе своего развития с невозможностью объяснить ряд феноменов на основе субъективного подхода. Примерами таких феноменов могут служить ипохондрии и сенестопатии. Попытки решить эту проблему продолжались около 100 лет и не привели к сколько-нибудь значимым результатам. Медицина вынуждена была в своем развитии признать существование субъективного компонента соматического заболевания и приступить к его изучению в сотрудничестве с психофизиологами и психологами.

Одним из терминов (возможно, наиболее распространенным на сегодняшний день) описания этого субъективного компонента стал с 1977 года термин «внутренняя картина болезни», подразумевающий «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений не только болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, ее причинах, все то, что связано с его приходом к врачу, – весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний, тревог».

Изучение этого внутреннего компонента позволило описать его общую структуру и создать его более детальную схему. Общая структура данного компонента состоит, как признано на сегодняшний день многими исследователями, из «сенситивной части» (совокупности ощущений, связанных с патологическим процессом) и «интеллектуальной части», состоящей из размышлений больного о своей болезни. В более детальном виде в интеллектуальной части можно выделить эмоциональный, интеллектуальный и мотивационный компоненты.

Далее исследование было продолжено изучением теории профессора Ф.Б. Березина о тревоге и тревожном ряде как о центральном механизме психической адаптации, и таким образом, на основе всего этого мы получили возможность следующие общие итоговые выводы.

1. Наличие у ребенка болезни создает у него определенную субъективную картину болезни, компонентами которой являются непосредственное чувственное отражение болезни, эмоции по поводу болезни, мысли по поводу болезни, и изменения в мотивации, вызванные болезнью.
2. Мотив по определению – это материальный или идеальный объект, олицетворяющий потребность человека.
3. Невозможность удовлетворить потребности, реализовать значимые устремления в силу недостаточности физических ресурсов у индивидуума рождает у него тревогу, развивающуюся по определенному конкретному тревожному ряду, вызывающую у индивидуума психический стресс.
4. Ребенок, очевидно, в случае появления у него серьезной болезни начинает предполагать у себя описанную выше невозможность удовлетворить потребности, реализовать значимые устремления в силу недостаточности физических ресурсов. Он начинает тревожиться. Его мотивационная схема начинает изменяться, причем очевидно отнюдь не в лучшую сторону. Также не в лучшую сторону начинает изменяться и эмоциональная сфера ВКБ.
5. При отсутствии в данной ситуации при болеющем ребенке родителей дает ему чувство защищенности и безопасности, что, конечно, уменьшает у ребенка чувство тревоги и ребенок останавливается на первых этапах тревожного ряда, не нарушая адаптации в мотивационных и эмоциональных структурах. Иначе при отсутствии родителей ребенок продолжает испытывать чувство тревоги, и тут уже вступают в действие его интрапсихические защитные механизмы адаптации. И в таком случае, справятся они либо нет с нарастающей тревогой – сказать однозначно достаточно сложно, но скорее всего нет, ибо личность ребенка еще не сформирована окончательно и высшие защитные механизмы еще не работают. Ребенок дезадаптируется.

Таким образом, можно предполагать, что у детей, пребывающих в стационаре с родителями, и детей, пребывающих в стационаре без родителей, имеются существенные различия в уровне психической адаптации. В чем конкретно будут специфицироваться эти различия, сказать, конечно, довольно сложно: выше показано, что Ф.Б. Березин говорит о том, что прохождение по тревожному фактору коррелируется с разнообразными личностными факторами. Но в максимально общем виде мы можем говорить о том, что специфика психической адаптации детей будет заключаться в состоянии мотивационной и эмоциональной сфер.

Литература

1. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства. / Ю.А. Александровский. // учебное пособие. – М.: Медицина, 2000.
2. Афанасьева, Т.М. Семья. / Т.М. Афанасьева. – М.: Просвещение, 1988.
3. Березин, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – М.: Медицина, 1988.
4. Блейхер В.М., Крук, И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. / В.М. Блейхер, И.В. Крук. – Киев: Здоров'я, 1988.
5. Быкова, М.В. Новый подход к проблеме детско-родительских отношений. / М.В. Быкова. – М.: МГППИ, 2003.
6. Бялик, М.А., Моисеенко, Е.И. Опыт работы кабинета социальной и психологической реабилитации НИИ детской онкологии и гематологии ОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. / М.А. Бялик, Е.И. Моисеенко // Матер. первой Всероссийской конференции с международным участием «Социальные и психологические вопросы детской онкологии». – М.: GlaxoWelcome, 2006. – С. 23–25.
7. Дурнов, Л.А., Голдоленко, Г.В., Курмашов, В.И. Детская онкология / Л.А. Дурнов, Г.В. Голдоленко, В.И. Курмашов. – М.: Литера, 1997.
8. Киреева, И.П. Психосоциальные вопросы детской онкологии / И.П. Киреева // Матер. первой Всероссийской конференции с международным участием «Социальные и психологические вопросы детской онкологии». – М.: GlaxoWelcome, 2006. – С. 4–97.
9. Колмановский, А.Э. Роль детско-родительских отношений в нервно-психическом здоровье ребенка / А.Э. Колмановский // Сб. матер. к уч.-практ. конф. «Социальная адаптация семей, имеющих детей с онкологическими заболеваниями». – М.: МГППИ, 2005. – С. 27–31.
10. Лакосина, Н.Д., Ушаков, Г.К. Медицинская психология / Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 1984.
11. Логинова, И.А. О специфике детско-родительских отношений / И.А. Логинова / Семейная психология и семейная терапия. – 1998. – № 4. – С. 17–26.
12. Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика: справочник практического психолога. / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005.
13. Петровский, А.В., Ярошевский, М.Г. Основы теоретической психологии / А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский. – М.: Инфра-М, 1998.
14. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. – СПб: Питер, 2000.
15. Симонов, П.В. Эмоциональный мозг / П.В. Симонов. – М.: Наука, 1981.
16. Тхостов, А.Ш. Болезнь как семиотическая система / А.Ш. Тхостов // Вести московского университета. Сер. 14. Психология. – М.: МГУ, 1993. – № 1. – С. 3.
17. Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. – М.: Смысл, 2002.